

Información del participante:

Nombre del participante:

Instrucciones: Este formulario es para certificar los ingresos percibidos por la persona anteriormente mencionada a efectos de participar en el programa ESG. Esta información sólo se utilizará para determinar la elegibilidad y la cantidad de beneficio(s) que puede recibir el hogar. **Por favor, complete sólo la sección seleccionada adelante que incluye una autorización para divulgar información.**

Por favor, devuelva este formulario a:

Nombre:	Título:	
Dirección:		
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:

Ingreso de empleo

Autorización del participante: Por la presente autorizo la divulgación de la siguiente información laboral.

Firma del participante:	Fecha:
-------------------------	--------

Representante del empleador que completa esta sección:

Nombre del empleador:	Fechas de empleo:
Monto del pago: \$ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincena <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro:	
Promedio de horas trabajadas: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincena <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro:	
Remuneración adicional, por favor, especifique (si la hay):	
Probabilidad de continuar la relación laboral:	

Certificación del empleador:

Nombre impreso:	Título:	
Dirección:		
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:
Firma del representante del empleador autorizado:		Fecha:

Pagos y/o ingresos de beneficios (rellene un formulario por cada fuente de ingresos distinta de la persona mencionada anteriormente)

MARQUE UNA:

<input type="checkbox"/> Seguridad social/SSI	<input type="checkbox"/> Pensión/Jubilación	<input type="checkbox"/> TANF
<input type="checkbox"/> Ayuda pública	<input type="checkbox"/> Subsidio por desempleo	<input type="checkbox"/> Indemnización laboral
<input type="checkbox"/> Pagos de pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Pagos por acogida de niños	<input type="checkbox"/> Pagos de manutención para los niños
<input type="checkbox"/> Ingresos de las fuerzas armadas		
<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____		

Autorización del participante: Por la presente autorizo la divulgación de la siguiente información de pagos o beneficios.

Firma del participante:	Fecha:
-------------------------	--------

Representante de la fuente de pago que completa esta sección:

Monto de pago o beneficio: \$ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincena <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro:
La duración prevista del pago o subsidio es de:

Certificación de la fuente de pago:

Nombre impreso:		Título:	
Dirección:			
Teléfono:		Fax:	Correo electrónico:
Firma del representante autorizado de la fuente de pago:			Fecha: